

基本チェックリストのご案内



65歳以上の方が元気で生活していくための心身の機能を自己チェックするものです。生活機能の低下のサインを見逃さないように、自分の日常生活を定期的にチェックし改善を試みましょう。

■各質問の「はい」「いいえ」の当てはまるほうに○をつけてみましょう。

No	質問項目	回答		介護予防が必要となる目安	
生活機能全般	1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ	
	2	日用品の買い物をしていますか	0.はい	1.いいえ	
	3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ	
	4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ	
	5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ	
運動	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ	/5 3項目以上で該当
	7	いすに座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ	
	8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ	
	9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ	
	10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ	
栄養	11	6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ	/2 2項目以上で該当
	12	BMI*が18.5未満ですか *BMI = 体重 kg ÷ 身長 m ÷ 身長 m	1.はい	0.いいえ	
口腔	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ	/3 2項目以上で該当
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ	
	15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ	
外出	16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ	/2 問16に該当
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ	
もの忘れ	18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などのもの忘れがあるとされますか	1.はい	0.いいえ	/3 1項目以上で該当
	19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ	
	20	今日が何月何日かわからないときがありますか	1.はい	0.いいえ	
1~20の合計				/20 10項目以上で該当	
こころ	21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ	/5 2項目以上で該当
	22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ	
	23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ	
	24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ	
	25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ	

※濃い色 に○がついた場合は、それぞれの分野で生活機能の低下が考えられます。

上記の右枠の判定基準に該当する場合、短期集中予防サービスを利用できます。

前橋市長寿包括ケア課やお近くの地域包括支援センターにご相談ください。